支部様式第15号

同　　　意　　　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 認定番号 |  | － |  |
| 被災職員 | 住所 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 傷病名 |  |
| 発病又は負傷の年月日 |  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 診療開始年月日 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 同意した理由 |  |
| 施術の種類 | マッサージ　　　はり　　　きゅう　　　温罨法 |
| 施術の部位 | （左・右）　　（上肢・下肢）　　躯幹　　　その他（　　　　） |
| 施術を必要と認めた期間 |  |  |  | 年 |  | 月 |  |  日から |  | 年 |  | 月 |  | 日まで |
| 施術を必要と認めた期間内に施術を受ける必要回数 |  |
| 施術院 | 所在地 |  |
| 施術院名 |  |
| 　地方公務員災害補償基金千葉県支部長　様　　　　上記のとおり相違ないことを証明します。 |
|  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
|  |
| 所在地 |  |
| 医療機関　名　称 |  |
| 担当医 |  |
|  |

〔注意事項〕

　　この同意書は３か月を限度としますので３か月を超えてマッサージ等を行う場合は再提出してください。

　　本書は、マッサージ師、はり師、きゅう師による施術を受ける場合に提出してください。